

Результаты и обсуждение. У пациентов с ПА были выявлены следующие ультразвуковые признаки патологии I плюсне-фалангового сустава: умеренный синовит (96,6%, 95% ДИ: 96,5-96,7%), отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; гиперэхогенная линейная тень (двойной контур) параллельно суставной поверхности кости (99%, 95% ДИ: 99,1-98,9%), отек периартикулярных мягких тканей (58,4%, 95% ДИ: 88,1-88,6%); положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава, проведенная под контролем УЗИ.

У пациентов с РеА были визуализированы следующие ультразвуковые особенности поражений суставов: энтезит (64,7%, 95% ДИ: 64,2-65,3%); эрозии воспаления (57,5%, 95% ДИ: 57-57,9%) под пораженным энтезом без патологической васкуляризации; выраженный синовит (52,9%, 95% ДИ: 52,4-52,3%); параэнтезиальный отек мягких тканей (59,5%, 95% ДИ: 59,4-60%); параэнтезиальный выпот (36,7%, 95% ДИ: 36,2-37,1%); положительная «болевая проба» при пальпации пораженных энтезов в 100% случаев под контролем УЗИ.

Выводы. На основании полученных результатов, нами разработаны следующие ультразвуковые дифференциально-диагностические критерии ПА и РеА:

1. Для обострения подагрического артрита характерны: двойной контур в виде линейной гиперэхогенной тени параллельно суставной поверхности кости; умеренный синовит; отсутствие гипervasкуляризации в проекции синовия; периартикулярный отек/выпот; положительная «болевая проба» над всей поверхностью сустава под контролем УЗИ.
2. Визуализационные признаки реактивного артрита включают: энтезит; эрозии воспаления под пораженным энтезом; отсутствие патологической васкуляризации в проекции синовия; выраженный синовит; параэнтезиальный отек /выпот; положительная «болевая проба» в проекции пораженных энтезов под контролем УЗИ.

Литература:

1. Raftery, G. Comparison of musculoskeletal ultrasound practices of a rheumatologist and a radiologist / G. Raftery, G. Hide, D. Kane // Rheumatology. – 2007. – Vol. 232, № 46 (3). – P. 519-522.
2. Wakefield, R.J. Musculoskeletal ultrasound including definitions for ultrasonographic pathology / R.J. Wakefield, P.V. Balint, M. Szkudlarek // J Rheumatol. – 2005. – Vol. 32. – P. 2485-2487.
3. Neogi T., Jansen T., Dalbeth N. et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann. Rheum. Dis. 2015; 74: 1789-1798.

УДК 616.12:616.136.7

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕНОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Счастливенко А.И., Выхристенко Л.Р.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Хронический гломерулонефрит (ХГН) выявляется у лиц любого возраста, но чаще у лиц трудоспособного возраста, это заболевание приводит к прогрессированию нефросклероза и развитию ренокардиального синдрома [1]. Исходя из чрезвычайной важности раннего выявления ренокардиального синдрома, актуальным и эффективным является мониторинг факторов риска развития и прогрессирования первичного ХГН [2].

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости ренокардиального синдрома при различной степени поражения стромы почек у пациентов с первичным ХГН.

Материал и методы. Для решения поставленной цели были отобраны морфологически подтвержденные случаи первичного ХГН в нефрологическом отделении Витебской областной клинической больницы (одномоментное скрининговое исследование). Обследовано 53 пациента с первичным ХГН. Согласно данным нефробиопсии они были разделены на 3 группы: первую группу составили пациенты со склерозом стромы почек до 10% (37 человек), вторую группу –

пациенты со склерозом стромы почек от 10% до 30% (9 человек), третью группу – пациенты со склерозом стромы почек более 30% (7 человек).

Программа обследования включала анализ демографических данных, антропометрических измерений, оценку уровня артериального давления (АД), содержания креатинина в сыворотке крови и уровня белка в суточной моче. Хроническая почечная недостаточность диагностировалась при нарушении фильтрационной и выделительной функции почек: скорость клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин, уровень креатинина выше 116 мкмоль/л для мужчин и 98 мкмоль/л для женщин (соответствует 3-5 стадии хронической болезни почек) [1]. Артериальная гипертензия диагностировалась при систолическом АД равным или выше 140 мм рт.ст., диастолическом АД равным или выше 90 мм рт.ст. [3]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ IBM SPSS 19.0. Оценка количественных показателей проводилась по дисперсионному анализу с определением степени свободы (df), критерия Фишера (F), уровня значимости (p). Средние выборочные значения приведены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее выборочное, σ – стандартное отклонение. При анализе порядковых данных применялся анализ таблиц сопряженности с оценкой степени свободы (df), статистики Пирсона (χ^2), уровня значимости (p). С учетом поправки Бонферрони различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст обследуемых пациентов с первичным ХГН составил $37,0 \pm 13,1$ лет: в первой группе – $36,4 \pm 13,6$ лет; во второй группе $39,4 \pm 14,6$ лет; в третьей группе – $37,3 \pm 8,2$ лет ($df=2$; $F=0,2$; $p>0,05$).

Средний уровень систолического АД у пациентов с первичным ХГН составил $136,9 \pm 20,0$ мм рт.ст. Выявлено, что средний уровень систолического АД в третьей группе был выше, чем в первой группе: $147,2 \pm 11,1$ мм рт.ст. против $133,7 \pm 19,3$ мм рт.ст. соответственно ($df=1$; $F=3,4$; $p<0,05$). Достоверных различий средних уровней систолического АД между третьей и второй группами выявлено не было: $147,2 \pm 11,1$ мм рт.ст. и $142,2 \pm 25,9$ мм рт.ст., соответственно ($df=1$; $F=0,4$; $p>0,05$).

Средний уровень диастолического АД составил $87,6 \pm 10,9$ мм рт.ст без существенных различий между группами: в первой группе – $86,4 \pm 9,9$ мм рт.ст., во второй – $88,9 \pm 14,7$ мм рт.ст., в третьей группе – $92,2 \pm 10,8$ мм рт.ст. ($df=2$; $F=0,9$; $p>0,05$).

Распространенность артериальной гипертензии у пациентов с первичным ХГН составила 54,7%. Выявлен более высокий уровень частоты встречаемости артериальной гипертензии в третьей группе в сравнении с первой группой (85,7% против 48,6%, $df=1$; $\chi^2=3,4$; $p<0,05$). Различий в распространенности артериальной гипертензии между третьей и второй группами выявлено не было (85,7% против 55,6%, $df=1$; $F=0,4$; $p>0,05$).

Средний уровень креатинина в сыворотке крови пациентов с первичным ХГН составил $102,0 \pm 63,1$ мкмоль/л. Наиболее высокий его уровень выявлен у пациентов третьей группы - $171,6 \pm 150,0$ мкмоль/л, в первой и второй группах средние уровни креатинина составили $87,4 \pm 20,7$ мкмоль/л и $108,0 \pm 42,2$ мкмоль/л. Выявлены различия по содержанию креатинина в сыворотке крови между первой и третьей группами пациентов ($df=1$; $F=11,7$; $p<0,001$).

Распространенность хронической почечной недостаточности у пациентов с первичным ХГН составила 17,0%. Выявлен более высокий уровень частоты встречаемости хронической почечной недостаточности в третьей группе в сравнении с первой группой (42,9% против 10,8%, $df=1$; $\chi^2=4,5$; $p<0,05$), тогда как различий между третьей и второй группами выявлено не было (42,2% против 22,2%, $df=1$; $F=0,8$; $p>0,05$).

Средний уровень протеинурии у пациентов с первичным ХГН составил $1,2 \pm 2,0$ г/л. В первой группе протеинурия составила $1,2 \pm 2,2$ г/л, во второй группе – $1,1 \pm 1,8$ г/л, в третьей группе – $1,0 \pm 1,0$ г/л, ($df=2$; $F=0,3$; $p>0,05$).

Выводы.

1. У всех исследуемых пациентов с первичным ХГН выявлена протеинурия, уровень которой не был связан со степенью поражения стромы почек.
2. Склероз стромы почек более 30% (третья группа пациентов) связан с формированием хронической почечной недостаточности и ренокардиального синдрома.

Литература:

1. KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis / L. Beck [et al.] // Am. J. Kidney Dis. – 2013. – Vol. 62, Is. 3. – P. 403-441.
2. Cardiorenal syndrome / C. Ronco [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 52, Is. 19. – P. 1527-1539.
3. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь от 06.06.2017 № 59. – 174 с.